

FORMULAIRE DE REFUS OU D'ANNULATION DE REFUS

SACHANT QUE :

- tout vaccin reçu est obligatoirement inscrit dans le registre et qu'il n'est pas possible de refuser cette inscription une fois le vaccin reçu;
- je peux refuser que mon centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) me fasse parvenir du matériel de promotion sur la vaccination, me rappelle ou me relance au sujet des vaccins que je devrais recevoir;
- mon refus ne nuira aucunement à mon droit de recevoir les soins et les services nécessaires en cas d'épidémie ou en situation d'urgence;
- ma décision peut, en tout temps, être modifiée.

**VOUS DEVEZ FAIRE PARVENIR
CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI
À L'ADRESSE SUIVANTE :**

REGISTRE DE VACCINATION DU QUÉBEC

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
945, avenue Wolfe, 3^e étage
Québec (Québec) G1V 5B3

SECTION À REMPLIR

Je refuse que mon centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) me fasse parvenir du matériel de promotion portant sur la vaccination, me rappelle ou me relance au sujet de vaccins à recevoir.

OU

J'annule mon refus. J'accepte maintenant que mon centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) me fasse parvenir du matériel de promotion portant sur la vaccination, me rappelle ou me relance au sujet de vaccins à recevoir.

Inscrire **EN LETTRES MOULÉES** les renseignements demandés tels qu'ils apparaissent sur votre carte d'assurance maladie.

Nom

Prénom

Numéro d'assurance maladie

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date d'expiration

A	A	A	A	M	M
---	---	---	---	---	---

Nom et prénom de votre mère à sa naissance

Nom et prénom de votre père à sa naissance

Le cas échéant, inscrivez ci-dessous le nom et le prénom du représentant légal, du parent ou du tuteur qui fait la demande au nom de la personne qui refuse ou qui annule son refus.

Nom

Prénom

Numéro de téléphone (jour)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Poste

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature (demandeur ou représentant légal)

X

Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---